



SERVICE DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

LE PROJET DE SERVICE

2021-2026



SOMMAIRE

LES SIGLES ET LES ABRÉVATIONS.....	4
AVANT-PROPOS.....	5
1. L'HISTOIRE ET LE PROJET D'AMALLIS	5
1.1 PRÉSENTATION D'AMALLIS	5
1.2 HISTORIQUE DU SERVICE.....	5
1.3 LE PROJET DE L'ASSOCIATION	7
2. BILAN PLAN D'ACTION 2016 / 2020	8
3. LES MISSIONS.....	10
3.1 LES ENJEUX POUR LE SERVICE	10
3.2 LES REPÈRES JURIDIQUES	11
3.2.1 Les textes relatifs à la catégorie de service	11
3.2.2 Le schéma unique des solidarités.....	12
3.2.3 Le Programme Régional de Santé (PRS)	10
3.2.4 Les arrêtés d'autorisation/agréments/habilitations	14
4. LE PUBLIC ET SON ENTOURAGE.....	15
4.1 MIEUX CONNAÎTRE LE PUBLIC RÉELLEMENT ACCUEILLI	15
4.1.1 Les aspects démographiques nationaux	15
4.1.2 Les aspects démographiques départementaux	15
4.1.3 Identifier les dynamiques de parcours des bénéficiaires.....	16
4.2. LES BÉNÉFICIAIRES ACCOMPAGNÉS PAR LE SERVICE	16
4.2.1 L'activité Personnes Âgées et Handicapées	17
4.2.2 L'activité ESA	196
4.2.3 Le taux d'activité du SSIAD	19
5. NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION.....	21
5.1 LA NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE D'AMALLIS	21
5.2 L'ORGANISATION INTERNE DE L'OFFRE DE SERVICE.....	22

5.2.1	Les critères d'admission	22
5.2.2	La procédure d'admission	23
5.2.3	Le suivi des interventions	23
5.2.4	L'arrêt des interventions	23
5.2.5	Le projet individuel d'aide d'accompagnement et de soins.....	23
5.2.6	Le projet de vie	24
5.2.7	Les modes d'organisation interne	25
5.2.8	Les moyens matériels	25
5.2.9	Les moyens mis en place pour garantir le droit des usagers	26
6.	LES PRINCIPES D'INTERVENTION	26
6.1	LES PRINCIPES DE LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS ET LEURS DECLINAISONS.....	26
6.2	REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES.....	27
7.	LES PROFESSIONNELS ET LES COMPÉTENCES	28
7.1	LES ENJEUX	28
7.2	LES COMPÉTENCES	28
7.2.1	L'équipe administrative	28
7.2.2	L'équipe d'intervention	286
7.2.3	Le soutien aux professionnels	30
CONCLUSION		31
ANNEXE		32

Dans un souci d'accessibilité et de clarté, parfois, l'écriture inclusive n'est pas utilisée. Les termes employés au masculin se réfèrent aussi bien au genre féminin que masculin.

LES SIGLES ET LES ABRÉVATIONS

LES SIGLES OU ABRÉVIATIONS	DÉFINITION DU TERME
AMALLIS	Association d'Aide à Domicile de l'Allier, anciennement AADCSA
ANESM	Agence National de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
APA	Allocation Personnalisé d'Autonomie
ARS	Agence Régional de la Santé (anciennement DDASS)
ASV	Adaptation de la Société au Vieillissement
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnel
ESA	Équipe Spécialisée d'Accompagnement
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Équivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso – Ressources (correspond au niveau de perte d'autonomie chez une personne. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.)
GMP	Gir Moyen Pondéré (se traduit par le niveau de dépendance moyen des personnes d'un service pour personnes âgées. Plus le GMP est élevé, plus le niveau de dépendance des personnes est important.
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
PA	Personne Âgée
PH	Personne Handicapée
PRS	Programme Régional de la Santé
SAAD	Service d'Aide À Domicile
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNA	Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à domicile

AVANT-PROPOS

En juin 2021, le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale ont acté le changement de nom de l'association. AADCSA est devenue AMALLIS.



1. L'HISTOIRE ET LE PROJET D'AMALLIS

1.1 PRÉSENTATION D'AMALLIS

L'Association AMALLIS, relève de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et réformant la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Constituée lors de l'assemblée générale extraordinaire du 9 Février 2005, elle a pour mission de mettre à disposition du personnel salarié afin d'aider les personnes prises en charge dans tous les gestes de la vie quotidienne et contribue à prévenir la perte d'autonomie et à lutter contre l'isolement.

Ses objectifs sont la promotion, le développement et la gestion de l'aide au maintien des personnes dans leur cadre de vie.

AMALLIS gère depuis 2007, un Service de Soins Infirmiers à Domicile d'une capacité de 298 places PA/PH et un service d'aide à domicile pour une activité, en 2020, de 357 186 heures auprès de 2 791 bénéficiaires. Implantée sur le département de l'Allier, le SSIAD comporte 10 antennes situées en secteur rural. La structure est aussi composée d'une équipe spécialisée d'accompagnement à domicile (A. ESA) qui s'adresse prioritairement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées diagnostiquées, qu'elles soient à une stade léger ou modérée de la maladie.

Au regard des évolutions liées à l'adaptation de la Société Au Vieillissement (loi ASV décembre 2015), le Conseil d'Administration d'AMALLIS a validé le principe de s'engager dans le cadre du projet d'expérimentation de mise en place d'un SPASAD au cours de l'année 2017.

Le siège social d'AMALLIS est situé 20 avenue Meunier à Moulins (03000).

1.2 HISTORIQUE DU SERVICE

Historique des centres sociaux

Dans les années 1945/1952, les services sanitaire et sociaux étaient faiblement coordonnés, ceux-ci nuisaient à leur efficacité. Les services sociaux du département de l'Allier se sont organisés et, pour les secteurs gérés par la Mutualité Sociale Agricole, le choix du conseil d'administration de la M.S.A s'est portée sur une politique d'action sanitaire et sociale forte et coordonnée qui s'est traduite par

la nécessité de regrouper dans des locaux adaptés et fonctionnels, sous la forme d'une structure juridique autonome, les équipes de travailleurs sociaux qui œuvraient sur les secteurs ruraux.

La création du premier centre social a eu lieu en 1961. Onze autres Centres Sociaux ont ensuite été créés, toujours à l'initiative de la MSA et ce jusqu'en 1989. Sur chaque secteur, ils ont été issus d'une volonté de la population. Afin de répondre à l'isolement rural, les Centres Sociaux ont été implantés dans les zones les plus éloignées des villes.

La fédération départementale des Centres Sociaux de l'Allier

Devant l'émergence de nouveaux besoins, les Centres Sociaux ont évolué en créant des nouvelles activités ou/et services.

En 1968, afin de définir une politique commune, une cohérence et une homogénéité sur le département, les centres sociaux ont créé leur fédération départementale.

L'association d'aide à domicile des centres sociaux de l'allier

La complexité des textes législatifs, des exigences des financeurs, la multiplication des dossiers ont amené les Centres Sociaux à engager une réflexion sur une nouvelle organisation des services de maintien à domicile. Le travail d'harmonisation déjà instauré par la Fédération Départementale des Centres Sociaux (mutualisation, harmonisation, etc...) avec des valeurs communes a amené les conseils d'administration de chaque centre social à créer une nouvelle structure associative pour donner une réponse à toutes ces obligations.

Une exigence a conditionné la création de cette association : garder la proximité afin de rendre un service de qualité. L'AADCSA a été constituée lors de l'assemblée générale extraordinaire du 9 Février 2005 et déclarée en préfecture le 10 Mai 2005. Le transfert du personnel des services d'aide et de soins infirmiers à domicile des centres sociaux vers l'AADCSA s'est fait à effet du 1er janvier 2007.

L'association regroupe les services d'aide et de soins à domicile des Centres Sociaux en une structure unique et départementale.

Historique du service de soins infirmiers à domicile

En 1980, 200 000 actes de soins à domicile dont 120 000 prodigués aux personnes âgées de plus de 65 ans étaient dispensés par neuf centres sociaux. L'évolution de la législation a permis l'officialisation d'une nouvelle formule des soins coordonnés à domicile pour les personnes âgées.

Les centres sociaux, regroupés en fédération, ont décidé à l'unanimité lors d'une assemblée générale de créer ce nouveau service, le SSIAD.

Les dossiers de demande d'autorisation, déposés par chaque Centre Social à la DDASS, ont reçu un avis favorable lors de la commission datant du 12 juin 1981. Cet avis a été suivi d'un arrêté préfectoral, le 31 juillet 1981. Ceci a permis l'existence du service de soins à domicile dans les centres sociaux de Brout-Vernet, Le Donjon, Ébreuil, Marcillat en Combraille, Le Mayet de Montagne, Meaulne, Saint Martinien et Villefranche d'Allier pour une capacité totale de 96 places.

Au sein du service de soins infirmiers à domicile d'AMALLIS, une équipe spécialisée d'accompagnement (ESA) est créée en 2009. Elle est le fruit de la mesure 6 du Plan Alzheimer 2008-2012. Cette équipe réalise à domicile et sur prescription médicale des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées (le diagnostic est établi ou en cours d'établissement).

1.3 LE PROJET DE L'ASSOCIATION

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale rend obligatoire l'élaboration du projet de service pour chaque établissement social ou médico-social. Ce projet définit les orientations stratégiques des activités du service pour les cinq années à venir. C'est dans ce cadre qu'AMALLIS s'est inspirée des recommandations de l' HAS « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », pour mener à bien la démarche de renouvellement de son projet de service.

Étant adhérent à la fédération UNA, le nouveau responsable qualité va suivre une formation « Conduire l'évaluation interne pour une structure autorisée » réalisée par l'U.N.A.

Notre projet de service s'inscrit dans un cadre législatif clair.

Il permet de :

- Recentrer les pratiques autour de la personne avec la mise en place future d'un projet personnalisé qui tiendra compte des besoins et des attentes de la personne et de ceux de la famille et aidant(s),
- Améliorer la prévention de la dépendance, l'accompagnement et le maintien de l'autonomie à domicile,
- Renforcer la qualité de vie des bénéficiaires tout en améliorant les conditions de réalisation du travail des aidants professionnels afin que ceux-ci puissent durablement exercer leurs missions d'acteurs de la prévention des risques pour la sécurité, la santé et la perte d'autonomie des Personnes Âgées et Handicapées.

Le projet de service est un document fondateur qui permet au SSIAD de définir, à partir des valeurs qu'il défend, sa stratégie pour les années à venir au travers des objectifs fixés en précisant les actions et les moyens à mettre en œuvre pour s'acquitter de sa mission. La démarche du projet de service a été conçue, selon des modalités innovantes. Contrairement à plusieurs projets de service, celui-ci a été réalisé à l'aide d'une méthodologie différente. Il ne s'agit pas de groupes de travail conçus isolément, par thématique, les uns des autres. La totalité du contenu a fait l'objet d'échange au sein du collectif. Ce projet de service s'est construit au fur et à mesure des analyses de l'activité de travail ; au fil des discussions, la substance du projet a pris forme par un processus d'itérations.

Les valeurs portées par notre projet de service sont les suivantes :

- Valeurs du service public : non lucrative, neutralité, équité, universalité,
- Respect de la personne, de son cadre de vie, de ses habitudes de vie
- Solidarité
- Qualité et continuité du service
- Égalité et équité de traitement
- Professionnalisme
- Secret professionnel/Discretions professionnelle
- Proximité
- Bienveillance et bientraitance



2. BILAN PLAN D'ACTION 2016 / 2020

Action n°1 : Avoir une veille organisée sur les orientations mises en place par les pouvoirs publics et les ARS dans le domaine des soins à domicile.

- ⇒ En 2016, AMALLIS a répondu à l'appel à projet pour réaliser une expérimentation SPASAD dans le cadre des préconisations de la loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillissement). Ce projet a été validé par le Conseil d'Administration d'AMALLIS ainsi que par les financeurs (ARS & CD) pour un démarrage d'un SPASAD « intégré » en novembre 2017.

Action n°2 : Optimiser notre prise en charge par une adéquation entre les attentes des bénéficiaires et les moyens de l'association.

- ⇒ Une démarche sur la réorganisation des tournées a été conduite sur l'année 2016 et 2017.
- ⇒ 3 antennes de la structure se sont mutualisées : Lurcy-Lévis, Meaulne et saint Martinien. La mutualisation de ces trois territoires est effective depuis juillet 2018 et a permis d'apporter une réponse favorable aux besoins de la population sur ce territoire.

Action n°3 : Organiser la continuité du service et les astreintes

- ⇒ Mise en place d'un accueil téléphonique avec le renvoi des appels des postes téléphoniques des Infirmières coordinatrices sur un poste dédié au siège social lors de leur absence au bureau.
- ⇒ Les astreintes des Infirmières Coordinatrices durant les weekend et jours fériés ont été mises en place en mai 2016. Une fiche d'instruction est écrite.
- ⇒ Une procédure gestion des appels lors des absences des responsables de proximité (IC/RS) doit être créée.

Action n°4 : Élaborer les documents ESA

- ⇒ Création et actualisation des documents ESA (DIPEC, Document d'évaluation des besoins, Guide d'utilisation de la fiche ESA, Fiche de suivi des 15 séances, etc.).

Action n°5 : Mettre en place les procédures qualité

- ⇒ Treize processus (Accueil, Analyse de la demande, Gestion des documents, etc.) avec leurs procédures existent.

Action n°6 : Travailler sur les procédures ressources humaines et gestion documentaire

- ⇒ Création d'une procédure pour l'accès au dossier de soins par le bénéficiaire ou son aidant
- ⇒ Création d'une instruction pour la modification des documents qualité
- ⇒ Différentes procédures concernant le processus gestion des ressources humaines existent (recrutement, effectuer une demande de contrat, formation...)

Action n°7 : Écrire et diffuser les protocoles des soins

- ⇒ Les protocoles sont accessibles par les intervenants à domicile sur l'intranet. L'encadrement à également accès à ces protocoles sur l'espace commun.

Action n°8 : Redéfinir la communication interne de l'Association

- ⇒ Cette thématique issue de la réflexion sur la réorganisation du SSIAD est menée globalement au niveau d'AMALLIS. Sur l'année 2016, l'Infirmière Coordinatrice Départementale a rencontré à fréquence semestrielle l'ensemble des équipes dans chaque antenne.
- ⇒ Existence d'un site intranet.
- ⇒ Mise en place des smartphones

- ⇒ Création d'une fiche « Actualités » permettant de transmettre toutes les informations descendantes concernant la vie de l'Association et les décisions arrêtées par la Direction. Cette fiche peut être transmise par le responsable départementale du SSIAD en amont des réunions de service au siège de l'association. Elle est accessible dans l'espace dédié au même titre que les ordres du jour et comptes rendus de réunions.

Action n°9 : Améliorer les transmissions

- ⇒ Les transmissions sont accessibles en écriture et en lecture à l'aide du smartphone professionnel mis à disposition à l'ensemble du personnel.
- ⇒ Formation des infirmières coordinatrices et aides-soignants sur les transmissions ciblées.

Action n°10 : Mettre en place un soutien des professionnels et des aidants

- ⇒ Plateforme d'écoute pro-consulte, possibilité pour les professionnels d'échanger avec un psychologue.

Action n°11 : Poursuivre les travaux sur la complémentarité entre le SSIAD et SAAD pour aboutir à la concrétisation d'un SPASAD

- ⇒ En 2016, l'AADCSA a répondu à l'appel à projet pour réaliser une expérimentation SPASAD dans le cadre des préconisations de la loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillissement). Ce projet a été validé par le Conseil d'Administration d'AMALLIS ainsi que par les financeurs (ARS & CD) pour un démarrage en novembre 2017.

Action n°12 : Développer les partenariats

- ⇒ Cette démarche est intégrée dans les pratiques quotidiennes des responsables d'AMALLIS (ARS, CD 03, Maïa, HAD, services sociaux des hôpitaux du département de l'allier et limitrophes, etc.)

Action n°13 : Travailler sur la promotion du service

- ⇒ L'AADCSA est engagée dans une démarche de promotion de son service, son image vers l'extérieur via des supports promotionnels, une présence lors de manifestations, une présence de la Direction aux invitations départementales.
- ⇒ Existence d'un site internet
- ⇒ Intervention à la Croix Rouge auprès des étudiants passant le diplôme « assistant de service social »



3. LES MISSIONS

3.1 LES ENJEUX POUR LE SERVICE

Le service SSIAD contribue au ***maintien à domicile*** de ses bénéficiaires sur prescription médicale (personnes âgées, en situation de handicap, et en sortie d'hospitalisation conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312 du code de l'action sociale et des familles).

Ces soins infirmiers peuvent être :

- des soins relationnels (écoute, soutien...) ;
- des soins d'hygiène (aide à la toilette, à l'habillage...) ;
- des soins techniques (injections, pansements...).

Ils s'adressent aux :

- personnes âgées de soixante ans et plus ;
- personnes adultes de moins de soixante ans en situation de handicap ;
- personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques.

⇒ Remarque :

- La mission du « SSIAD d'AMALLIS » n'est pas de remplacer la famille, elle est d'apporter l'aide nécessaire au confort et au bien-être de la personne prise en charge à son domicile.

Depuis décembre 2009, le SSIAD est composé d'une activité ESA (équipe spécialisée d'accompagnement) dont l'objectif est de maintenir et de stimuler les capacités résiduelles de personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

Les interventions des activités PA/PH et activités ESA sont prises en charge par l'Assurance maladie. Ces prestations s'inscrivent dans un ***projet d'aide, d'accompagnement et de soins*** qui est élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins et des attentes de la personne.

La mission de notre SSIAD est également de donner des informations ou des ***conseils utiles*** aux ***familles*** de bénéficiaires qui le demandent.

L'accueil et la prise en charge s'inscrivent dans le ***respect des principes et des valeurs*** définies par la charte des droits et des libertés de la personne accueillie. Le bénéficiaire est une personne qui a droit au ***respect de ses libertés fondamentales*** qui s'expriment dans le respect réciproque des salariés, de ses proches et des intervenants extérieurs.

Notre SSIAD s'est donné pour objectif de permettre aux bénéficiaires vulnérables et fragilisés de demeurer le plus longtemps possible au domicile dans les meilleures conditions possibles.

Dans ce contexte, les grands enjeux pour notre structure sont les suivants :

- Apporter des réponses adaptées aux besoins et aux attentes des bénéficiaires ;
- Concourir au bien-être des bénéficiaires (hygiène, etc.) ;
- Informer, évaluer, orienter, réorienter le bénéficiaire ;
- Apporter des solutions aux conditions d'accompagnement et de vie des bénéficiaires ;

- Prévenir la maltraitance et développer la bientraitance ;
- Lutter contre l'isolement social des publics les plus fragilisés ;
- Maintenir l'autonomie des bénéficiaires et prévenir la grande dépendance ;
- Améliorer les conditions de maintien au domicile ;
- Aider à adopter les domiciles ;
- Respecter des habitudes de vie ;
- Consolider la collaboration entre les intervenants (SAAD, équipe ESA, libéraux, médecins...) ;
- Prévenir les risques professionnels ;
- Aider les aidants : physique, psychologique, conseil diététique (projet nutrition), manipulation des bénéficiaires.

3.2 LES REPÈRES JURIDIQUES

3.2.1 Les textes relatifs à la catégorie de service

LES DOCUMENTS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRE DETERMINANT LES MISSIONS GÉNÉRALES DU SERVICE	
Loi 2002-2	<p>La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit un certain nombre de dispositions qui s'appliquent aux SSIAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les modifications du dispositif d'autorisation</i> <p>La loi du 2 janvier 2002 renouvelle le dispositif d'autorisation dans le cadre des créations, transformation et extension des établissements sociaux et médico-sociaux. Alors que l'autorisation était antérieurement délivrée sans limite de validité, elle est avec la loi de 2002 accordée pour une durée de 15 ans (art L. 313-1 du CASF) et son renouvellement est désormais lié exclusivement aux résultats de l'évaluation externe (art L. 312-8 du CASF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les évaluations interne et externe</i> <p>La loi du 2 janvier 2002 instaure une obligation d'évaluation. Les SSIAD procèdent ainsi à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (<i>art L. 312-8 al 1 du CASF</i>). L'évaluation interne fait l'objet de trois recommandations: deux transversales à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux portant plus sur la méthodologie de la démarche, la troisième précisant un certain nombre de points plus spécifiques aux services intervenant à domicile dont les SSIAD.</p> <p>La réglementation distingue deux types d'évaluation : l'évaluation interne (<i>art L 312-8 al 1 et al 2 du CASF</i>) et l'évaluation externe (<i>art L 312-8 al 3 et al 4 du CASF</i>). L'évaluation interne est réalisée par le SSIAD lui-même qui peut se faire accompagner d'un prestataire. Cette évaluation est menée de manière continue et ses résultats sont transmis à l'agence régionale de santé (ARS)qui a délivré l'autorisation (<i>art D. 312-203 du CASF</i>).</p> <p>L'évaluation externe est obligatoirement réalisée par un organisme extérieur habilité. Les SSIAD font procéder à deux reprises, entre la date de l'autorisation et son renouvellement (<i>art L. 312-8 al 4 du CASF</i>), à l'évaluation externe de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (<i>art L. 312-8 al 3 du CASF</i>). La première évaluation externe est effectuée au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard 2 ans avant la date de son renouvellement (<i>art D. 312-</i></p>

	<i>205 du CASF).</i>
Décret du 7 septembre 2005	Le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles
Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016	Le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant le code de déontologie des infirmiers
Circulaire du 28 Février 2005	Condition d'autorisation et de fonctionnement des services de soins à domicile
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009	<p>La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires introduit certaines mesures et dispositions dont la mise en œuvre a une incidence sur les SSIAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La création des agences régionales de santé (ARS) <p>Elle crée les ARS (<i>art L. 1431-1 du code de la santé publique</i>) ainsi que leurs délégations territoriales dans les départements (<i>art L. 1432-1 du CSP</i>) qui sont les interlocuteurs des SSIAD, en charge de leur autorisation et de leur financement.</p>

3.2.2 Le schéma unique des solidarités

Le Département de l'Allier a adopté en décembre 2016 un nouveau schéma unique des solidarités. Il concerne la protection de l'enfance, la petite enfance, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, et désormais l'insertion, pour la période 2017-2021.

Cette volonté d'élaborer un schéma unique s'appuie sur une conviction : la personne, et son parcours de vie, doivent être au centre des dispositifs et des actions de solidarité du Département.

3.2.3 Le Programme Régional de Santé (PRS)

Six axes stratégiques définis

6 axes stratégiques, déclinés en orientations, ont été définis :

AXE n°1 : Observer, faire connaître

Orientation n°1 : observer

Orientation n°2 : faire connaître

AXE 2 : Prévenir, repérer et permettre l'expression des besoins

Orientation n°1 : prévenir les situations de rupture et repérer les facteurs de fragilité

Orientation n°2 : favoriser l'expression des besoins de la personne

AXE 3 : Soutenir les aidants et la parentalité

Orientation n°1 : soutenir et coordonner les solutions d'aide aux aidants

Orientation n°2 : favoriser le soutien à la parentalité et le recours à la médiation familiale.

AXE 4 : Informer, coordonner et coopérer

Orientation n°1 : améliorer la circulation et le partage de l'information entre partenaires

Orientation n°2 : améliorer la coordination et poursuivre le rapprochement entre acteurs

AXE 5 : Garantir la qualité des accompagnements

Orientation n°1 : favoriser la diversité des accompagnements au service de la fluidité des parcours

Orientation n°2 : poursuivre la démarche d'amélioration de la qualité

AXE 6 : Favoriser l'inclusion et bien vivre dans son territoire

Orientation n°1 : mobiliser le territoire, ses ressources et ses acteurs pour l'insertion sociale et professionnelles des publics fragilisés

Orientation n°2 : favoriser le lien social par l'accès à la culture, aux loisirs et aux sports

Orientation n°3 : favoriser les solutions de mobilité et d'accessibilité pour tous

Orientation n°4 : faciliter l'adaptation et l'accessibilité du domicile.

Le nouveau Plan Régional de Santé (PRS) pour la grande région Auvergne-Rhône-Alpes est en application depuis le 1er janvier 2018.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a en effet renforcé le caractère stratégique du PRS en l'inscrivant dans une temporalité de 10 ans. L'ARS devra traduire ses orientations dans un schéma unique de santé, afin de développer une approche plus intégrée et territorialisée du système de santé, au plus près des besoins de la population.

Le nouveau cadre réglementaire définit les 3 documents constitutifs du PRS :

• **le Cadre d'orientation stratégique (COS)**, qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé, pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.

• **le Schéma régional de santé (SRS)**, établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé, qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, promotion de la santé et accompagnement médico-social. Il a une durée de 5 ans.

• **le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)**, qui est une déclinaison spécifique du SRS en vue de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer la cohérence dans le parcours des personnes les plus démunies.

3.2.4 Les arrêtés d'autorisation/agréments/habilitations

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) et les lieux de vie concernés par la loi 2002-2 ne peuvent être créés librement. Les autorités compétentes (le Préfet et/ou le Président du Conseil Départemental) doivent donner leur accord en délivrant une autorisation de création préalable. À défaut, les gestionnaires s'exposent à des sanctions pénales et à une fermeture administrative de l'équipement.

AMALLIS a bénéficié en 2006 d'une autorisation de fonctionner pendant quinze ans, délivrée par l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

Dans le cadre de la procédure de renouvellement de l'autorisation du SSIAD d'AMALLIS, l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne (ARS) a été destinataire du rapport d'évaluation externe de ce service en date du 24 juillet 2014.

Un renouvellement tacite de l'ARS a été possible suite à l'examen du rapport externe d'AMALLIS. Par conséquent, AMALLIS a une nouvelle autorisation pour une durée de quinze ans à compter du 3 janvier 2017 conformément à l'article L 313-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.



4. LE PUBLIC ET SON ENTOURAGE

4.1 MIEUX CONNAÎTRE LE PUBLIC RÉELLEMENT ACCUEILLI

4.1.1 Les aspects démographiques nationaux

En un peu plus de 50 ans, la pyramide des âges concernant les personnes âgées de 65 ans ou plus a fortement évolué. Au cours de la deuxième moitié du 20ème siècle, la part des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population totale a cru de plus de 40%.

La part des 85 ans ou plus s'est multipliée par 4. Le nombre de centenaires a plus que quintuplé au cours des 20 dernières années. Le rapport de dépendance des personnes âgées a lui aussi augmenté de plus de 40%. Depuis la fin du siècle dernier, il n'augmente plus que lentement.

La population française continuera de vieillir jusqu'en 2050. L'INSEE prévoit que la part des 65 ans et plus sera de 29% en 2050, contre 16% en 2000. En 2050, 18,7 millions de personnes résidant en France métropolitaine auront 65 ans ou plus.

L'espérance de vie augmentant, il s'agit de répondre à la montée de la dépendance. Cette dernière se traduit par un besoin d'aide et d'accompagnement physique, psychologique et/ou social. Les politiques de maintien à domicile développées depuis le rapport Laroque et confortées depuis une dizaine d'années permettent de rester à domicile le plus longtemps possible. Il s'agit souvent d'un choix individuel, et social.

Il est difficile de généraliser les désirs des usagers mais quelques lignes fortes transparaissent :

- Privilège du maintien à domicile (choix de vie) ;
- Augmentation des exigences de confort ;
- Besoin d'aide à la personne de plus en plus individualisé.

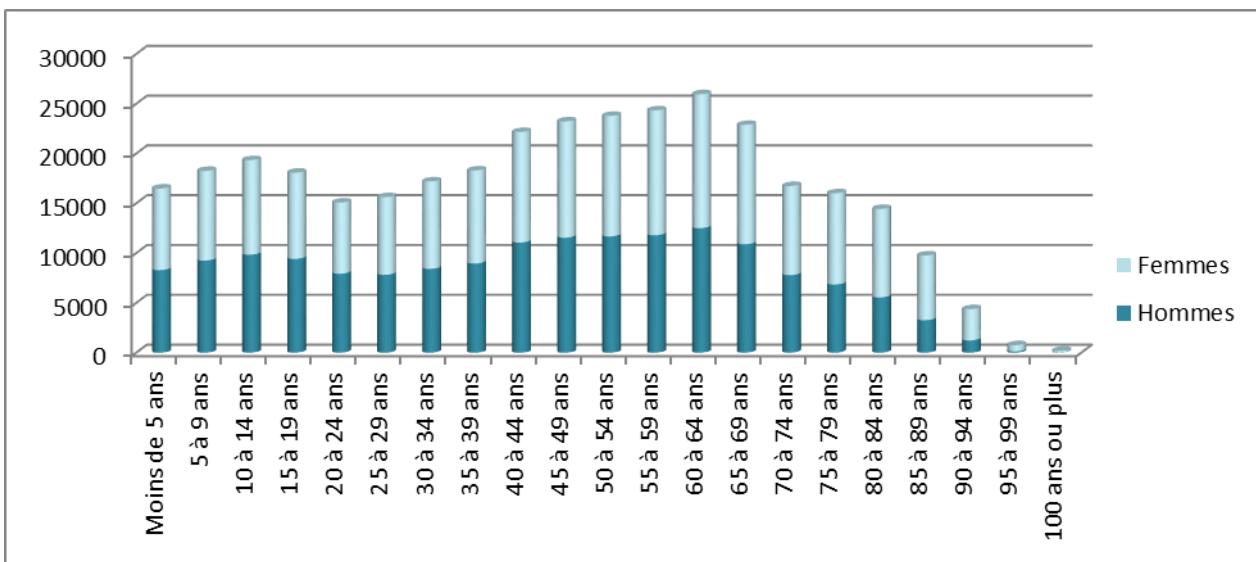
4.1.2 Les aspects démographiques départementaux

Quelques chiffres clés de l'Allier extrait du schéma de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de l'Allier de 2017 - 2021 – Conseil départemental de l'Allier

- 40 % de la population aura 60 ans ou plus à l'horizon 2025 (31% en 2016) ;
- 20 % des 80 ans et plus sont dépendants (87 % de GIR 3-4 et 13 % de GIR 1-2 contre 2% des 60-79 ans) ;
- **46% des plus de 75 ans vivent seuls**, majoritairement des femmes ;
- 43,9% des logements des personnes âgées ont été construits avant 1949. La problématique du logement contribue à la fragilisation.

La population globale en 2016 est de 343 062 habitants dont 164 308 hommes et 178 754 femmes.

Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 32,4% de la population totale, soit 4 points de plus qu'au niveau national. Cette population est en progression de 22,5% par rapport à 1999.



Source : INSEE, RP2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016

4.1.3 Identifier les dynamiques de parcours des bénéficiaires

La complexité du parcours des bénéficiaires en situation de fragilité tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au croisement de leurs interventions.

Afin de renforcer les dynamiques du parcours de ses publics, l'association tente d'en éviter les ruptures en proposant des coordinations avec d'autres partenaires :

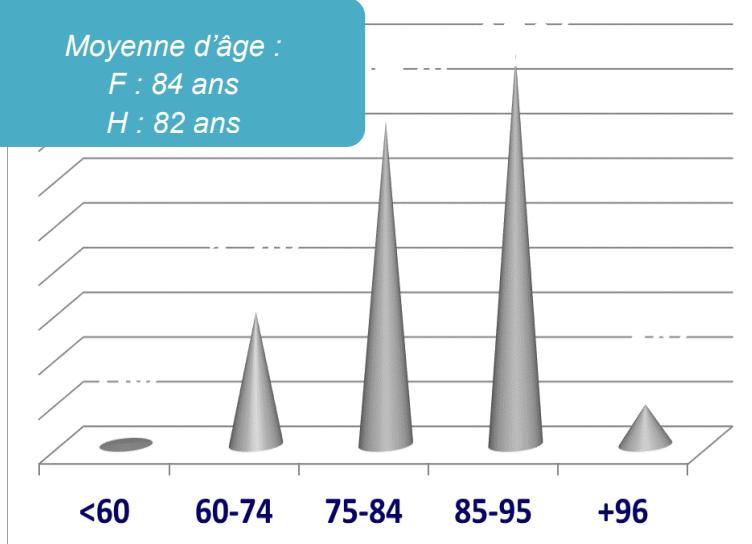
- L'Agence Régionale de Santé (ARS) & Le Conseil Départemental ;
- La Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) ;
- Les professions médicales et paramédicales (médecins, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, pédicures, etc.) ;
- Les maisons de santé ;
- Les services sociaux ;
- Les Centres Sociaux ou les communautés de communes pour le portage de repas ;
- Les villes et communes ;
- Les professionnels travaillant pour le maintien à domicile ;
- Les hôpitaux, les cliniques, les centres de rééducation, les accueils de jour ;
- Le Réseau coordonné de santé (cap santé allier) ;
- Les Centres Médico-Psychologique (CMP) ;
- Les MARPA, les foyers logement, les EHPAD, les accueils temporaires.

4.2 LES BÉNÉFICIAIRES ACCOMPAGNÉS PAR LE SERVICE

Le service de soins à domicile est intervenu auprès de 453 bénéficiaires en 2020. Les usagers sont principalement des personnes âgées de plus de 60 ans, des personnes dépendantes ou en situation de handicap sollicitant le service pour réaliser des soins d'hygiène et de confort prescrits.

4.2.1 L'activité Personnes Âgées et Handicapées

Moyenne d'âge :
F : 84 ans
H : 82 ans

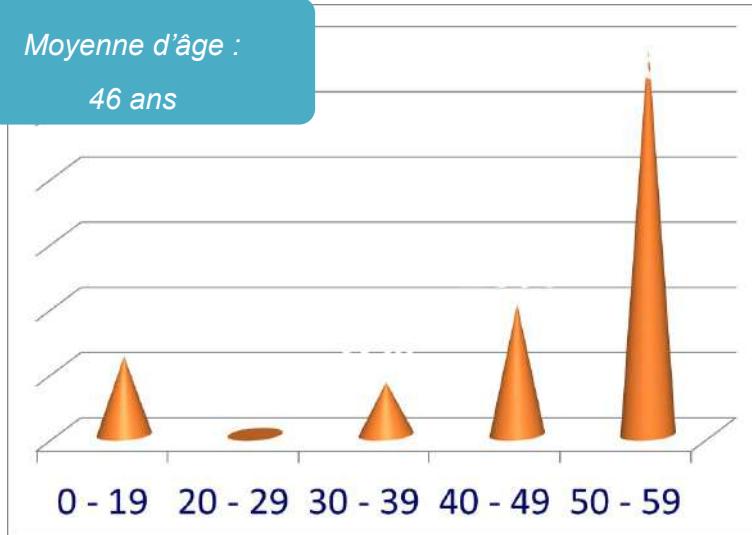


RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PA PAR ÂGE, PAR SEXE

Le service est intervenu auprès de 428 personnes âgées et compte majoritairement des personnes de plus de 85 ans.

Le public est composé d'environ 1/3 d'hommes et 2/3 de femmes

Moyenne d'âge :
46 ans



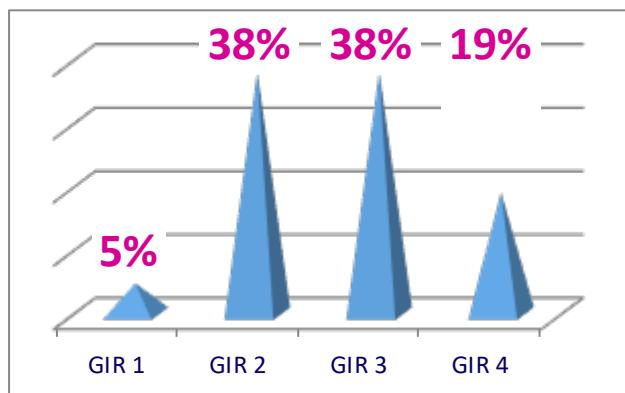
RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PH PAR ÂGE, PAR SEXE

L'activité PH du service est intervenue auprès de 25 personnes en situation de handicap et compte majoritairement des personnes de 50 à 59 ans.

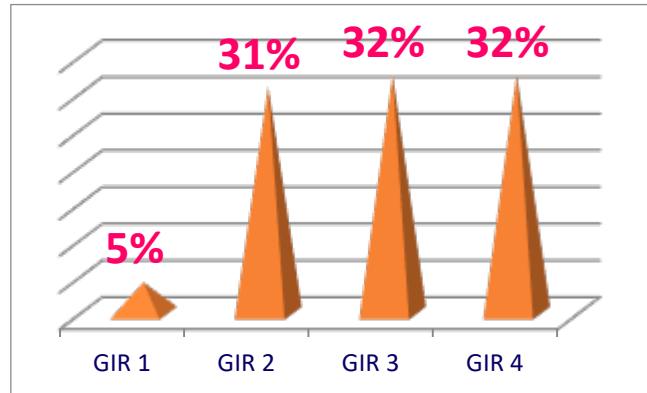
RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PAR DEGRÉS DE DÉPENDANCE

Le SSIAD d'AMALLIS de par ses missions, accueille prioritairement des bénéficiaires de GIR 1 à 4. Notons que les GIR 5 et 6 sont absents. Leur niveau de dépendance ne nécessite pas l'intervention d'un aide-soignant à domicile.

Le niveau de charge en soins pour la prise en charge de la dépendance se stabilise depuis 2016. La charge en soins avait augmenté en 2016 côté PH nécessitant pour notre structure d'adapter notre fonctionnement en regard d'une dépendance plus importante.



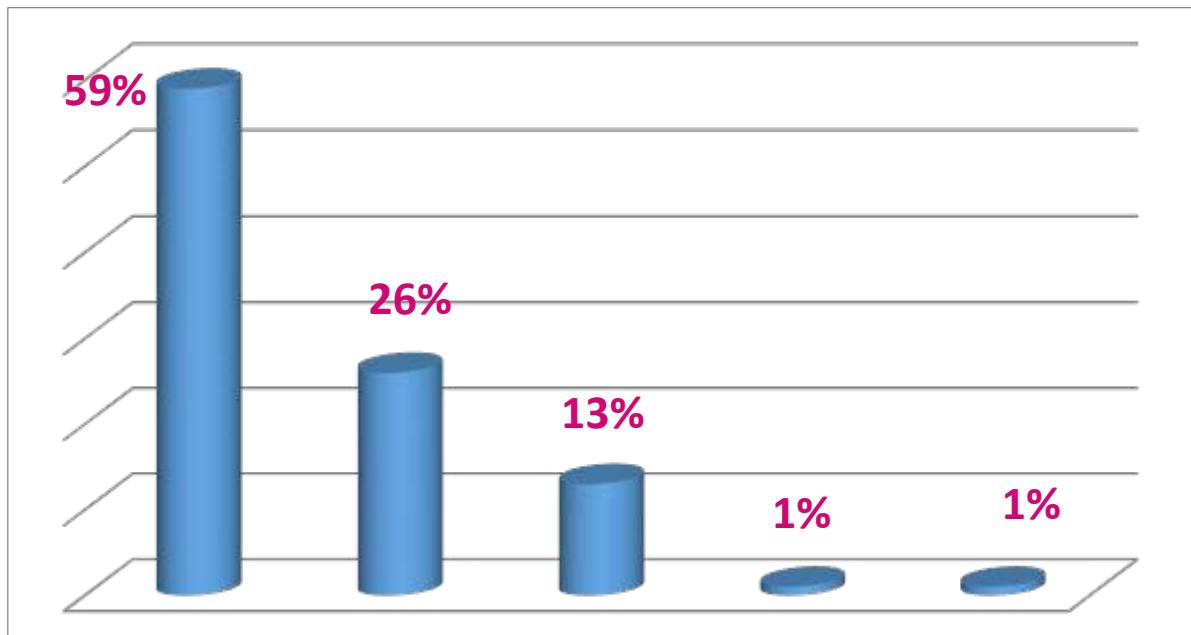
Niveau de dépendance PH



Niveau de dépendance PA

ORIGINE DES DEMANDES DES BENEFICIAIRES

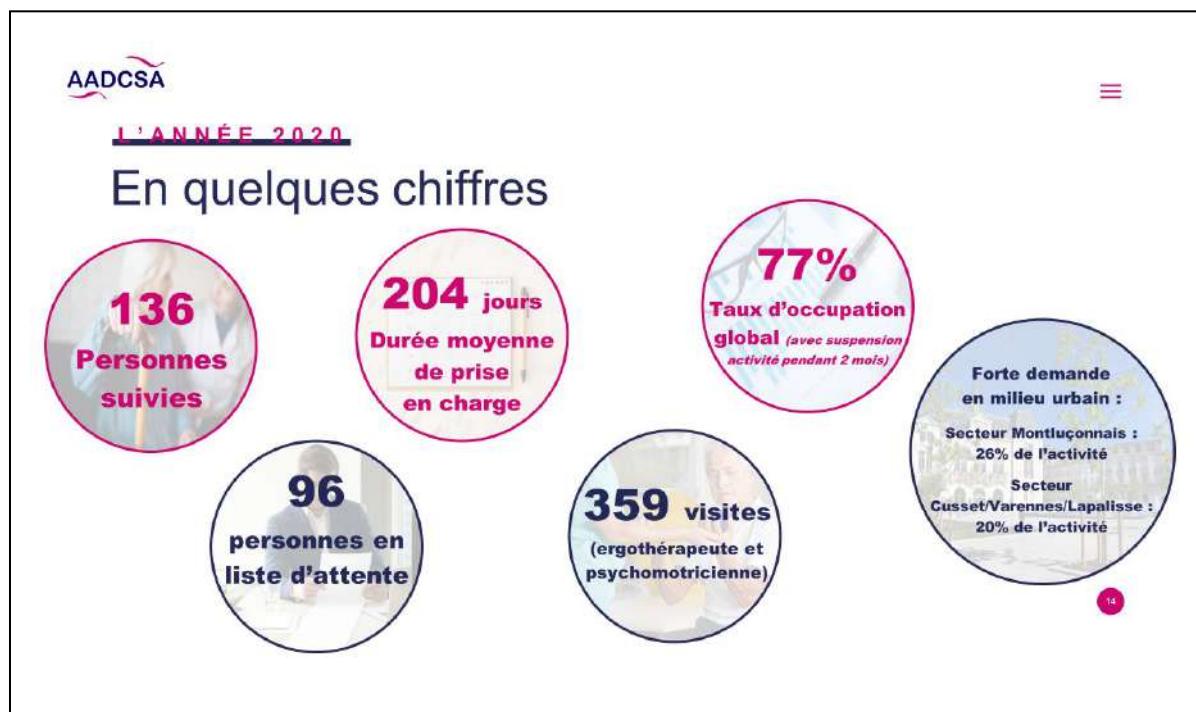
Nous pouvons constater que 59 % des admissions sont consécutives à des préconisations de médecins traitants. 26 % des admissions font suite à une hospitalisation de courte durée contre 13 % des suites d'un séjour en soins de suite et de réadaptation pour faciliter le retour à domicile. Nous constatons depuis 2016, le retour de personnes âgées (1 %) à domicile après un passage en institution. Leur souhait est de rester à domicile le plus longtemps possible même si l'ensemble des prestations accordées par nos services ne sont pas équivalentes à une unité pour personne âgée notamment en termes de présence humaine ou matériel. En 2020, 1% de nos admissions font suite à un relais émanant de l'HAD.



4.2.2 L'activité ESA

L'activité ESA a une capacité totale de 20 places (60 prises en charge simultanées) et couvre 88% du territoire de l'Allier.

Les demandes proviennent des médecins généralistes ou spécialistes, du Réseau coordonné de santé (cap santé allier), des proches aidants. Au 31 décembre 2020, près de 100 demandes sur l'ensemble des territoires couverts par notre équipe, sont en attente de recevoir les séances de soins et d'accompagnement. Les délais pour bénéficier de la prestation peuvent aller jusqu'à dix mois. Sans ouverture de place supplémentaire, nous ne sommes plus à ce jour en mesure de répondre à la demande dans des délais raisonnables.



4.2.3 Le taux d'activité du SSIAD

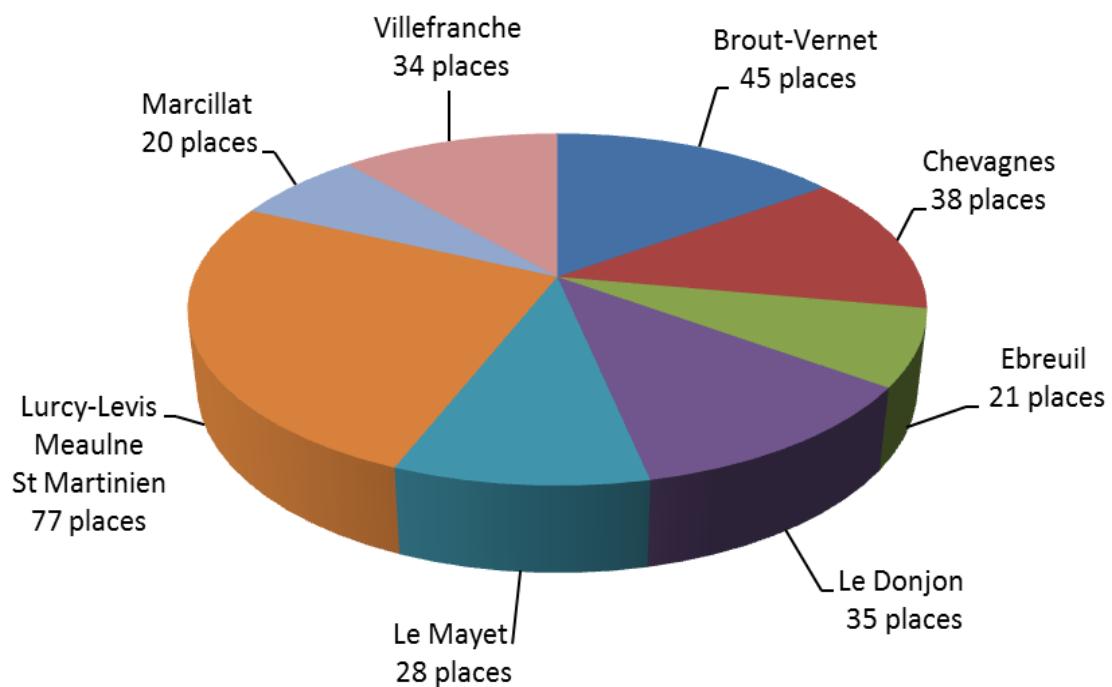
Le SSIAD exerce son activité dans le cadre d'une capacité autorisée qui fait l'objet d'un arrêté du Directeur de l'Agence Régionale de Santé. Le nombre de bénéficiaires autorisés à être pris en charge est de :

- 279 places pour les personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes ;
- 19 places pour les personnes âgées de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteintes de pathologies chroniques ;
- 20 places « de soins de réhabilitation et d'accompagnement » pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer correspondant à 60 suivis simultanés.

L'ensemble des places est réparti au sein des 10 antennes SSIAD de l'Association couvrant 203 communes du département de l'Allier.

✓ RÉPARTITION DES PLACES PA/PH PAR ANTENNE

Les graphiques ci-dessous sont réalisés à partir des données de l'année 2020 du SSIAD.



✓ **TAUX D'OCCUPATION PAR ANTENNE EN FONCTION DES PLACES RÉPARTIES**

Antennes	PA	PH	Total
Brout Vernet	82%	116%	84%
Chevagnes	75%	62%	74%
Ebreuil	75%	122%	80%
Le Donjon	70%	195%	73%
Le Mayet de Montagne	102%	54%	98%
Lurcy/Meaulne/St Martinien	96%	74%	94%
Marcillat en Combraille	110%	0%	99%
Villefranche d'Allier	104%	44%	100%
Total	89%	77%	88%



5. NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION

5.1 LA NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE D'AMALLIS

➤ Le SSIAD

- **Personne âgée & Personne en situation de handicap**

L'autorisation de fonctionnement de notre SSIAD fixe l'orientation de son offre de service vers les publics suivants :

- personnes âgées de soixante ans et plus ;
- personnes adultes de moins de soixante ans en situation de handicap ;
- personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques.

L'infirmier(e) coordinateur(trice) délègue les soins d'hygiène et de confort aux aides-soignant(e)s salarié(e)s.

Pour les soins techniques, ils sont réalisés par un(e) infirmier(e) libéral(e) sous réserve qu'il soit conclu une convention de partenariat avec AMALLIS.

Le SSIAD intervient dans 203 communes du département de l'Allier (03) et a une capacité d'accueil de 298 places, réparties comme suit :

- 279 places pour les personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes ;
- 19 places pour les personnes âgées de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques.

Cf. Annexe 1 : *Découpage géographique du SSIAD des antennes d'AMALLIS.*

- **Équipe spécialisée d'accompagnement à domicile**

Cette équipe a pour objectif de réaliser des interventions d'accompagnement et de réhabilitation visant à utiliser les capacités restantes pour améliorer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne :

- ✓ Mettre en place des outils simples compensant les troubles cognitifs des bénéficiaires (utilisation d'un agenda, mise en place d'un téléphone personnalisé, élaboration d'un arbre généalogique, etc.) ;
- ✓ Maintenir ou développer les capacités motrices, sensorielles ou cognitives des bénéficiaires ;
- ✓ Maintenir ou développer la participation aux activités sociales des bénéficiaires ;
- ✓ Prévenir les complications et les troubles du comportement des bénéficiaires ;
- ✓ Valoriser l'action et le rôle des aidants ;
- ✓ Prendre en compte les risques de chute, les accidents domestiques, etc. ;
- ✓ Aménager des repères temporo-spatiaux.

Avec une capacité autorisée de 20 places (soit 60 suivis), l'équipe ESA d'AMALLIS intervient 88% des communes du département de l'Allier. Cf. Annexe 2 : *Découpage géographique de l'activité ESA d'AMALLIS*

➤ Le SAAD

AMALLIS propose en plus d'un service de soins, un service d'aide à domicile qui réunit un ensemble d'activités contribuant à simplifier la vie quotidienne. Dans le cadre de ce service, les prestations peuvent être les suivantes :

- Entretien de la maison,
- Aide à la toilette et à l'habillage
- Préparation de repas à domicile (y compris temps passé aux courses),
- Aide à la mobilité et transport des personnes ayant des difficultés de déplacement,
- Petites tâches administratives à déterminer avec l'association,
- Aide au maintien du lien social
- Aide à la stimulation (jeux, lecture, etc.)
- Aide au répit, etc.

➤ Le SPASAD

Le SPASAD d'AMALLIS réunit les missions du service de soins infirmiers à domicile et celles du service d'aide à domicile d'AMALLIS. Il développe des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne accueillie et de la promotion de la bientraitance.

Le bénéficiaire peut disposer du Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD) dès lors qu'il réside sur le territoire d'intervention du SSIAD d'AMALLIS et qu'il bénéficie des interventions conjointes du service prestataire d'aide à domicile et du Service de Soins Infirmiers à domicile.

L'infirmier(e) coordinateur(trice) et le responsable de secteur réalisent ensemble un Plan Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins. Ils s'assurent de la qualité de la réponse apportée aux besoins de la personne accompagnée et concourent à favoriser le maintien à domicile par des actions de prévention.

5.2 L'ORGANISATION INTERNE DE L'OFFRE DE SERVICE

5.2.1 Les critères d'admission

L'admission de la personne dans le service est nécessairement subordonnée à l'existence de places disponibles et à une prescription médicale établie par le médecin traitant (ou hospitalier).

Elle est décidée par l'infirmière coordinatrice, l'ergothérapeute après avoir procédé à l'évaluation des besoins d'aide et de soins de la personne, de son niveau de dépendance ainsi que de son environnement (matériel, social et psychologique).

Le médecin conseil se prononce a posteriori sur la prise en charge en donnant un avis favorable (ou défavorable).

La personne doit consentir librement à sa prise en charge par le service.

Le personnel du SSIAD considère à sa juste mesure, l'importance de l'accueil dans ce nouveau mode de vie à domicile et prépare cet instant primordial avec beaucoup d'attention pour en minimiser les effets négatifs auprès du nouveau bénéficiaire.

Au sein du SSIAD, notre équipe fait preuve de :

Savoir être :

- Savoir écouter, communiquer avec le bénéficiaire et ses proches ;
- Agir avec calme et décence ;
- Respecter la dignité du bénéficiaire ;
- Savoir adapter la prise en charge ;
- Respecter le rythme de vie ;

- Avoir un esprit d'équipe et de coordination avec les autres intervenants à domicile (infirmiers libéraux, kinésithérapeute, aides à domicile, etc.)

Savoir-faire :

- Savoir accompagner le bénéficiaire et sa famille ;
- Aider le bénéficiaire à maintenir une autonomie optimale ;
- Proposer des solutions adaptées pour adapter le domicile du bénéficiaire ;
- Élaborer avec la personne un plan d'aide individualisé de prise en charge ;
- Aider la famille ou autre représentant à participer au projet de vie de l'usager et à devenir partenaire de la prise en charge.

5.2.2 La procédure d'admission

> Premier contact

L'infirmière coordinatrice et l'ergothérapeute (dans le cadre de l'activité ESA) analysent la demande du bénéficiaire. Cet échange peut s'effectuer physiquement ou téléphoniquement. Si la personne répond aux critères d'admission dans le service et si le service est en capacité de réaliser les interventions, il est alors nécessaire de réaliser une première visite au domicile du bénéficiaire.

> La première visite à domicile

L'infirmière coordinatrice et l'ergothérapeute (dans le cadre de l'activité ESA) profitent de ce moment pour réaliser, avec le bénéficiaire et son entourage, une évaluation des besoins et des attentes permettant de mettre en place les interventions les plus adaptées. Cette évaluation permet également de recueillir les habitudes de vie de la personne, de présenter le fonctionnement du service et permet également de vérifier que le logement est adapté afin de garantir une prise en charge de qualité et de sécurité pour le bénéficiaire et le personnel intervenant.

> Les documents remis au bénéficiaire suite à l'admission

Le livret d'accueil avec l'information globale relative à la désignation de la personne de confiance, le règlement de fonctionnement, le document individuel de prise en charge (ou le contrat d'accompagnement d'aide et de soins dans le cadre d'une prise en charge SPASAD) sont remis au bénéficiaire selon la réglementation en vigueur ainsi que le document relatif à la désignation de la personne de confiance.

5.2.3 Le suivi des interventions

Un suivi et une adaptation de la prise en charge sont effectués en fonction de l'évolution des besoins du bénéficiaire. Une réévaluation annuelle est réalisée à minima, ou à la demande du bénéficiaire/aidant, à la demande du service intervenant, ou en sortie d'hospitalisation pour adapter au mieux l'intervention au bénéficiaire.

5.2.4 L'arrêt des interventions

Un arrêt de prise en charge du SSIAD peut intervenir à tout moment sur la demande du bénéficiaire. Tout motif qui affecte la qualité, la sécurité ou/et l'efficacité de la prise en charge au domicile du bénéficiaire peut justifier d'un arrêt de prise en charge par l'association. Chaque situation sera traitée individuellement et fera l'objet d'une analyse personnalisée réunissant l'ensemble des professionnels acteurs de la prise en charge. La solution la plus adaptée sera recherchée et proposée au bénéficiaire. Le service s'appuie sur le protocole d'arrêt de prise en charge du SSIAD, le règlement de fonctionnement, le DIPEC (ou le contrat d'accompagnement d'aide et de soins dans le cadre d'une prise en charge SPASAD) pour suspendre ou arrêter les interventions.

5.2.5 Le projet individuel d'aide d'accompagnement et de soins

En référence à la « recommandation cadre » la Haute Autorité de Santé (HAS) vient intégrer les missions de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et service sociaux

et médico-sociaux sur la bientraitance. Elle vise à prendre en compte des attentes de la personne dans la démarche de projet individualisé. Dans ce contexte, AMALLIS favorise l'expression et la participation de chacun de ses bénéficiaires.

Le SSIAD activité PA/PH et ESA respecte et décline une individualisation de son accompagnement au travers des pratiques professionnelles. Le projet individuel d'aide et/ou de soins réalisé à l'entrée d'une nouvelle personne dans le service permet de réfléchir et de définir les objectifs de la prise en charge. Les acteurs de ce projet sont les bénéficiaires, les infirmières coordinatrices, l'ergothérapeute, les aides-soignants, la personne de confiance et les familles.

5.2.6 Le projet de vie

✓ Le rôle de la famille et de la personne de confiance

Le meilleur moyen de lutter contre l'isolement reste la solidarité familiale ou de proximité. Le sentiment de solitude émane souvent de l'absence d'un entourage actif.

Face à ces constats, la famille ou aidant(s) doivent jouer un rôle à part, que ni les professionnels des services médico-sociaux, ni les libéraux, ni les bénévoles ne parviennent vraiment à combler. La mission du SSIAD d'AMALLIS n'est pas de remplacer la famille, elle est d'apporter l'aide nécessaire au confort et au bien-être de la personne prise en charge à son domicile.

✓ La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

La vulnérabilité des personnes à domicile peut être génératrice de comportements inadaptés. Ceux-ci peuvent entraîner des modifications thymiques des bénéficiaires susceptibles de déboucher sur de nouvelles pathologies. Rappelons simplement que ces comportements sont à prendre en compte et peuvent s'exercer dans quatre directions :

- Personnel envers bénéficiaires ;
- Bénéficiaires envers le personnel intervenant ;
- Famille ou tiers extérieur envers bénéficiaires ;
- Famille ou tiers extérieur envers le personnel intervenant.

La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle et/ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.

Une typologie des formes de maltraitance peut être appréhendée :

- Maltraitances psychologiques : menaces de rejet, privation de visites, humiliation, infantilisation ;
- Maltraitances financières : spoliation d'argent, de biens mobiliers et immobiliers, vie aux crochets de l'aïeul, etc. ;
- Maltraitances physiques : brutalités, coups, gifles, dénutrition ;
- Maltraitances par négligence ou par omission : il s'agit de maltraitances volontaires ou non, concernant l'aide à la vie quotidienne ;
- Maltraitances médicamenteuses ;
- Maltraitances civiques : Elles consistent en des atteintes aux droits des personnes et concernent notamment les privations de sortie, etc.

La structure a considéré comme une priorité les problèmes liés à la maltraitance, aux situations pouvant mettre en danger physique et/ou psychologique les personnes. Elle veille à la prévention de ces situations et réalise un signalement lorsque nécessaire selon des dispositions prévues et communiquées, auprès des organismes ou autorités ayant compétence pour recevoir ces informations. Pour cela, le personnel intervenant doit faire remonter au responsable de proximité (RS/IC) toute information ou constat dans ce domaine.

Le service a mis en place quelques actions caractéristiques de sa volonté de développer la bientraitance lors de la réalisation des interventions à domicile :

- Distribution du livret d'accueil composé du règlement de fonctionnement et de la charte des droits et liberté de la personne accueillie ;
- Critères de recrutement relatifs à la maltraitance avec demande du volet n°3 de casier judiciaire aux personnes recrutées ;
- Rédaction d'une procédure décrivant la marche à suivre dans les situations de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée ;
- Deux guides, un à l'attention du personnel d'encadrement et un autre à l'attention du personnel d'intervention, ont été élaborés ainsi qu'une charte de la Bientraitance. Le guide de lutte contre la maltraitance personnes âgées, personnes handicapées, personnes adultes, édité par le Conseil Départemental de l'Allier, a également servi de support à ce travail.

Ce travail sur la maltraitance – bientraitance a été mené en s'appuyant sur les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l HAS (et ANESM) :

- « *la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » (juillet 2008)
- « *mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* » (septembre 2009).

5.2.7 Les modes d'organisation interne

La gouvernance est assurée par :

➤ ***Un conseil d'administration composé de :***

☞ Membres fondateurs qui sont membres de droit :

- 12 centres sociaux fondateurs de l'Association représentés par les présidents ou leurs délégués ;
- 1 représentant de la Fédération des Centres Sociaux ;
- 1 représentant de Présence Verte Auvergne téléassistance ;
- 1 représentant de la MSA d'Auvergne.

MSA Auvergne est membre associé depuis la création de l'association

➤ ***Le bureau est composé de :***

- 1 président ;
- 2 vice-présidents ;
- 1 secrétaire ;
- 1 trésorier ;

A compter du 27 octobre 2006, le Conseil d'Administration a confié la gestion de l'Association à l'Offre de Services de la MSA Auvergne. Cette délégation de gestion est assurée par le Délégué Général et le Délégué. Cf. Annexe 3 : L'organigramme d'AMALLIS

5.2.8 Les moyens matériels

Le siège social d'AMALLIS est situé dans les locaux de la MSA Auvergne à l'adresse : 20 avenue Meunier à Moulins (03000). Le personnel du service administratif, les responsables des services et la Direction sont présents dans ces locaux. Les antennes sont situées dans les locaux des centres sociaux de l'Allier, de la MSA et autres bureaux loués.

Chaque salarié de terrain et administratif est équipé d'un smartphone professionnel leur permettant d'avoir l'ensemble des informations (planning, missions, procédures, vie l'association, etc.).

De plus, une flotte de cinquante véhicules de service sont à disposition des professionnels de terrain du SSIAD.

5.2.9 Les moyens mis en place pour garantir le droit des usagers

Le livret d'accueil : il présente l'association, son organisation, ses services. Il est remis lors du premier contact.

Les règlements de fonctionnement pour le SSIAD activité PA/PH et activité ESA présentent l'organisation des services, les missions et le fonctionnement. Ils sont remis aux bénéficiaires dès leur entrée dans le service.

Le contrat d'accompagnement, d'aide et de soins ou DIPEC est signé par le bénéficiaire et le Délégué de l'Association. Deux exemplaires sont réalisés :

- Un à destination du bénéficiaire ;
- Un conservé par l'association et classé au sein du dossier de prise en charge du SSIAD.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie : elle est intégrée au livret d'accueil et affichée dans les locaux.

L'expression des usagers : Une enquête de satisfaction est envoyée aux usagers auprès d'un échantillonnage de clients respectant les règles statistiques déterminées dans la procédure « mesure de la satisfaction du client ». Elle est administrée pour l'ensemble des antennes. L'échantillonnage correspondant à chaque antenne est proportionnel au nombre de bénéficiaires présents dans l'antenne au moment de la diffusion de l'enquête.

Cette enquête permet de savoir si les interventions délivrées correspondent aux besoins et attentes du bénéficiaire (quantité d'aide, tâches effectuées, horaires adaptés, etc.) et d'évaluer l'intervention. Elle comprend également une partie où l'usager peut s'exprimer librement.

Le projet de service présenté via ce document



6. LES PRINCIPES D'INTERVENTION

6.1 LES PRINCIPES DE LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS ET LEURS DECLINAISONS

AMALLIS est une association à but non lucratif loi 1901 affiliée à l'U.N.A (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles). En respect des principes déontologiques du secteur de l'aide à domicile, de l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, l'accompagnement dispensé par l'association s'appuie sur :

- **les missions suivantes :**
 - L'évaluation et réévaluation annuelle des besoins, de l'environnement au domicile et des capacités d'autonomie des bénéficiaires ;
 - L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;

- La mise en place, le suivi et la coordination des différentes prestations réalisées par les intervenants à domicile ;
- Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ;
- Le soutien des relations avec l'environnement social.

- **les valeurs suivantes :**

Une attitude générale de respect impliquant réserve et discrétion, pour tout membre de la structure et à tout moment de la prestation. Cette attitude se décline en prenant en compte tout l'éventail des droits des bénéficiaires :

- le respect de la personne, de ses droits fondamentaux ;
- le respect de ses biens ;
- le respect des espaces de vie privée, de son intimité, de son intégrité, de sa dignité ;
- le respect de sa culture, de son choix de vie et de son projet de vie quand il est formulé (ce projet de vie sera prochainement mis en place) ;
- le respect de la confidentialité des informations reçues ;
- le libre accès aux informations contenues dans son dossier.

Cf. Annexe 4 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

La loi du 2 janvier 2002 consacre le droit des bénéficiaires et les aspects qualitatifs de la loi sont également inscrits dans le cadre de son autorisation de fonctionnement. Notre SSIAD est tenu à l'obligation de s'approprier et décliner ces droits en fonction de leurs problématiques de terrain. Même malade, en situation de handicap, dépendante ou démente, la personne âgée devra être associée à la vie du service. Elle devra être informée de tout ce qui la concerne et devra pouvoir exprimer ses attentes, ses satisfactions mais également ses plaintes.

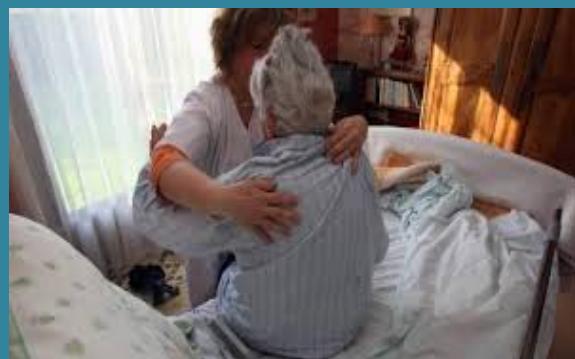
Les outils relatifs aux droits des patients contribuent à la satisfaction des bénéficiaires. Le règlement de fonctionnement (pour les usagers et salariés), le règlement intérieur (pour les salariés), le Document d'Évaluation des Besoins, le projet Individualisé d'Accompagnement d'Aide et de Soins, le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie constituent des préalables incontournables qui sont mis en place. Les activités PA, PH et l'E.S.A intègrent ces documents dans sa dynamique d'accueil et d'accompagnement de ses bénéficiaires afin de les impliquer dans leur projet de vie.

6.2 REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

La réflexion éthique permet de mettre en relation la situation avec des valeurs ou des principes d'intervention. La démarche participative d'analyse des besoins doit être régulière et faire partie intégrante de l'accueil et du fonctionnement du service. Au sein du SSIAD, la démarche participative se traduit par deux axes :

- ✓ **A L'ECHELLE DES BENEFICIAIRES** : le bénéficiaire doit être acteur de son projet de vie. Il a donc été nécessaire de mettre en place une démarche participative d'analyse de ses besoins et de ses attentes. Ces derniers pouvant varier en fonction des progressions et difficultés du bénéficiaire ou encore des ressources et services disponibles dans le service, il est nécessaire que cette démarche participative d'analyse des besoins et des attentes ne soit pas ponctuelle, mais qu'elle soit une partie intégrante de l'accueil et du fonctionnement quotidien du service. Notre service propose une prise en charge globale et évolutive avec des réévaluations et un suivi de ses besoins et attentes via le projet de vie qui sera prochainement mis en place.

- ✓ **A L'ECHELLE DU PERSONNEL** : l'évolution des missions des membres de l'équipe pluridisciplinaire de notre service ainsi que les moyens pour les réaliser peuvent perturber l'équilibre des salariés dans la réalisation de leur travail au quotidien. Afin d'éviter ces dérives, il est nécessaire de penser les organisations, les processus, les fonctionnements, les protocoles, les procédures et les outils avec les salariés.



7. LES PROFESSIONNELS ET LES COMPÉTENCES

7.1 LES ENJEUX

Aujourd'hui, les enjeux liés à la gestion et au management des ressources humaines au sein du service sont la professionnalisation, l'implication, les modes de coopération et l'usure professionnelle, ainsi que les conditions de travail qui évoluent aussi en raison de l'augmentation de la dépendance et de la montée des exigences en qualité du secteur de l'aide à domicile.

PERSONNEL SSIAD et de l'E.S.A	ETP
Direction	0,1
Responsable de service	1
Agents administratifs	3,3
Infirmière(s) coordinatrice(s)	8,65
Ergothérapeute/Psychomotricienne	2
Aides-soignantes	57,18
TOTAL	

Ce tableau mentionne les effectifs approuvés par l'Agence Régional de Santé (A.R.S)

7.2 LES COMPÉTENCES

7.2.1 L'équipe administrative

- **LA DIRECTION**

La Direction participe à la définition de la stratégie de développement de l'association, l'applique, dirige la mise en œuvre et s'assure de la réalisation des objectifs fixés validés par l'agence régional de la santé et le conseil d'administration.

- **LE RESPONSABLE DE SERVICE**

Il met en application les décisions prises par la direction et assure la gestion, l'organisation, l'encadrement et la coordination du service de soins infirmiers à domicile.

• LES INFIRMIÈRES COORDINATRICES

Elles assurent :

- l'admission, l'accueil des bénéficiaires et de leur entourage en fonction de la prescription médicale, des capacités d'accueil du service, etc. ;
- l'évaluation et le suivi des besoins de soins du bénéficiaire au moyen de visites à leur domicile en vue d'établir ou de réactualiser le contrat d'accompagnement d'aide et/ou de soins ou DIPEC ;
- l'organisation et la coordination de l'antenne SSIAD avec les divers partenaires, acteurs du maintien à domicile ;
- l'encadrement et l'animation de l'équipe d'intervention à domicile ;
- l'encadrement des stagiaires qui accompagnent le personnel de soins à domicile.

Le week-end, une astreinte est effectuée par un(e) infirmier(e) coordinateur(trice) afin de pouvoir répondre aux urgences des aides soignant(e)s. Cependant, il n'existe pas à ce jour d'organisation permettant à l'association d'être joignable par les salariés et bénéficiaires en dehors des heures d'ouverture du siège et antennes de l'association (ex : 17h-20h).

• L'ERGOTHÉRAPEUTE

L'ergothérapeute évalue la personne dans son environnement quotidien, à domicile. Il évalue les facteurs environnementaux et les performances du patient tant au niveau moteur qu'au niveau sensoriel, cognitif et psychique. Il analyse les besoins et les habitudes de vie. Cette évaluation permettra à l'ergothérapeute de déterminer précisément les situations critiques rencontrées, leur origine et d'apprécier les éventuelles pertes de capacités futures.

• LE PERSONNEL AU SIÈGE

Il réalise la gestion et le fonctionnement global du service : encadrement départemental, ressources humaines, agent d'accueil, logistique, etc.

7.2.2 L'ÉQUIPE D'INTERVENTION

Le personnel d'intervention est composé d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologique, d'assistantes en soins en gérontologie. Ces professionnels sont régulièrement formés aux exigences du métier.

METIERS	DIPLOMES	ROLES
Aide-soignant(e) ou Aide Médico-psychologique	<ul style="list-style-type: none">✓ Diplôme d'État d'aide-soignant(e) (DEAS)ou✓ Diplôme d'état d'aide médico-psychologique (DEAMP)	Il assure des soins d'hygiène, de confort et des soins préventifs. Il/Elle participe à l'identification des besoins de la personne, suit son évolution et en informe le coordinateur de service de soins. Il/Elle réalise des soins d'hygiène et de confort et donne des informations courantes à l'entourage. Il/Elle participe à la prévention de la dépendance de la personne, la stimule. Il/Elle situe son action au sein d'une équipe de travail pluridisciplinaire et transmet ses observations.

Assistant(e) de soins en gérontologie (ASG)	Il faut être aide-soignant(e) (AS) ou aide médico-psychologique (AMP)	<p>Dans le cadre de l'activité ESA, une évaluation des capacités du malade ainsi qu'un plan individualisé de soins de réhabilitation et d'accompagnement sont co-construits par l'ergothérapeute et l'infirmière coordinatrice. L'assistante de soins en gérontologie réalise les séances de soins conformément au plan individualisé. Ces séances ont pour objectifs :</p> <p>1/Le maintien des capacités restantes du malade par l'apprentissage de stratégies de compensation 2/L'amélioration de la relation aidant/aidé 3/L'adaptation de l'environnement.</p>
---	---	---

7.2.3 Le soutien aux professionnels

L'évolution des conditions d'emploi consécutives aux exigences accrues en termes de responsabilité et de qualité du service rendu, ainsi que la montée de la dépendance ou encore le vieillissement de certains personnels sont des facteurs à prendre en compte dans les actions de prévention des risques professionnels.

Les salariés ont été sensibilisés aux différents risques : routiers, physiques, psychologiques, etc. Le SSIAD met à disposition de ses professionnels des équipements de protection et les salariés sont formés à leur utilisation. De plus en 2017, le projet PRAP2S a été mis en place pour aider le personnel de terrain à identifier les difficultés lors des interventions aux domiciles afin d'apporter des améliorations.

Notre Association a engagé :

- Un projet expérimental afin de renforcer la qualité de vie des bénéficiaires tout en améliorant les conditions de réalisation du travail des aidants professionnels afin que ceux-ci puissent durablement exercer leurs missions d'acteurs de la prévention des risques pour la sécurité, la santé et la perte d'autonomie des Personnes Âgées et handicapées.
- Une possibilité de proposer le tutorat pour les situations complexes à gérer pour un nouvel intervenant entrant dans une prise en charge et pour les nouveaux embauchés de l'association.

Le SIAAD a réalisé en 2020 des travaux internes afin d'actualiser son document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), notamment suite à la crise sanitaire de la Covid-19 en collaboration avec les diverses catégories de personnes et les instances sociales.



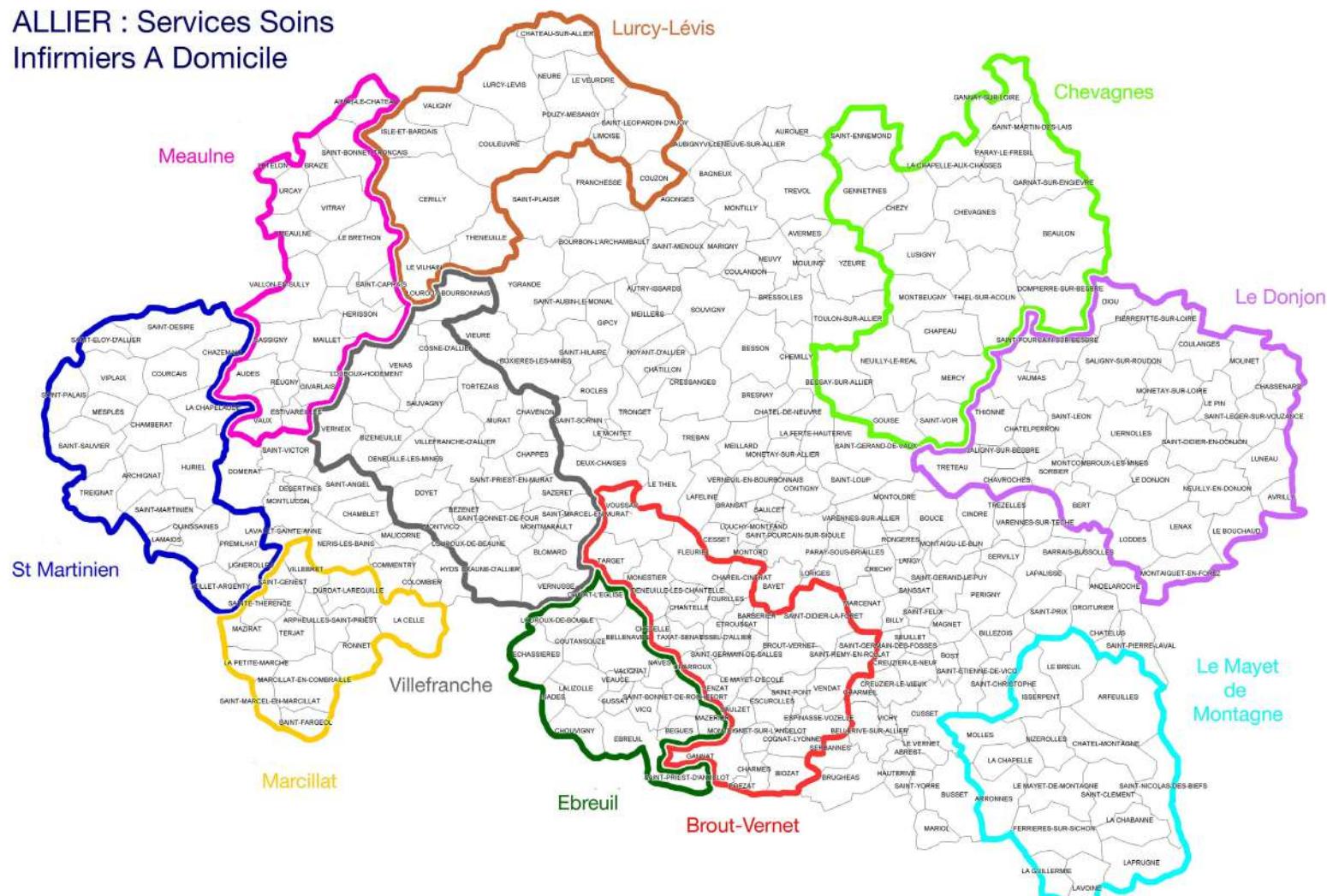
CONCLUSION

AXES D'AMÉLIORATION

- Adapter l'organisation et le fonctionnement du SSIAD aux nouvelles dispositions de la loi ASV
- Adapter l'organisation et le fonctionnement du SSIAD aux orientations des schémas départementaux
- Anticiper les évolutions démographiques prévisionnelles de la zone d'intervention
- Poursuivre la communication externe de l'association
- Signer des conventions avec des partenaires de l'aide à domicile (mairies, hôpitaux, libéraux, etc.) permettant de :
 - Mieux identifier les besoins de prise en charge à domicile sur les territoires ;
 - Mettre en place une continuité de service optimale.
- Formaliser les pratiques professionnelles en mettant à jour tous les documents existants et en rédigeant de nouvelles procédures, instructions, protocoles (transmissions d'information et sa traçabilité, précautions standard d'hygiène, etc.). Pour atteindre ces objectifs, le nouveau responsable qualité suivra une formation adaptée.
- Continuer à développer une politique de bientraitance (charte de bientraitance, procédures, fiches, courriers types, etc.)
- Poursuivre au sein d'AMALLIS l'expérimentation SPASAD
- Poursuivre l'automatisation des outils de travail
- Poursuivre l'effort d'implication et d'information des bénéficiaires et leurs représentants dans les décisions concernant la prise en charge notamment avec la mise en place du Projet Personnalisé
- Adapter la structuration, la formation et la professionnalisation de l'équipe à l'évolution des besoins et attentes des bénéficiaires
- Construire un plan de formation permettant aux nouveaux salariés l'intégration des compétences nécessaires au poste (transmissions ciblées, prévention, etc.)
- Poursuivre la politique de prévention des risques professionnels en corrélation avec la qualité de service
- Réfléchir à une organisation permettant à l'association d'être joignable par les bénéficiaires en dehors des heures d'ouverture du siège et antennes de l'association (ex : 17h-20h).
- Formaliser une procédure pour la gestion des appels lors des absences des responsables de proximité (IC/RS)

ANNEXE 1 : DÉCOUPAGE GÉOGRAPHIQUE DES ANTENNES DU SSIAD

ALLIER : Services Soins
Infirmiers A Domicile



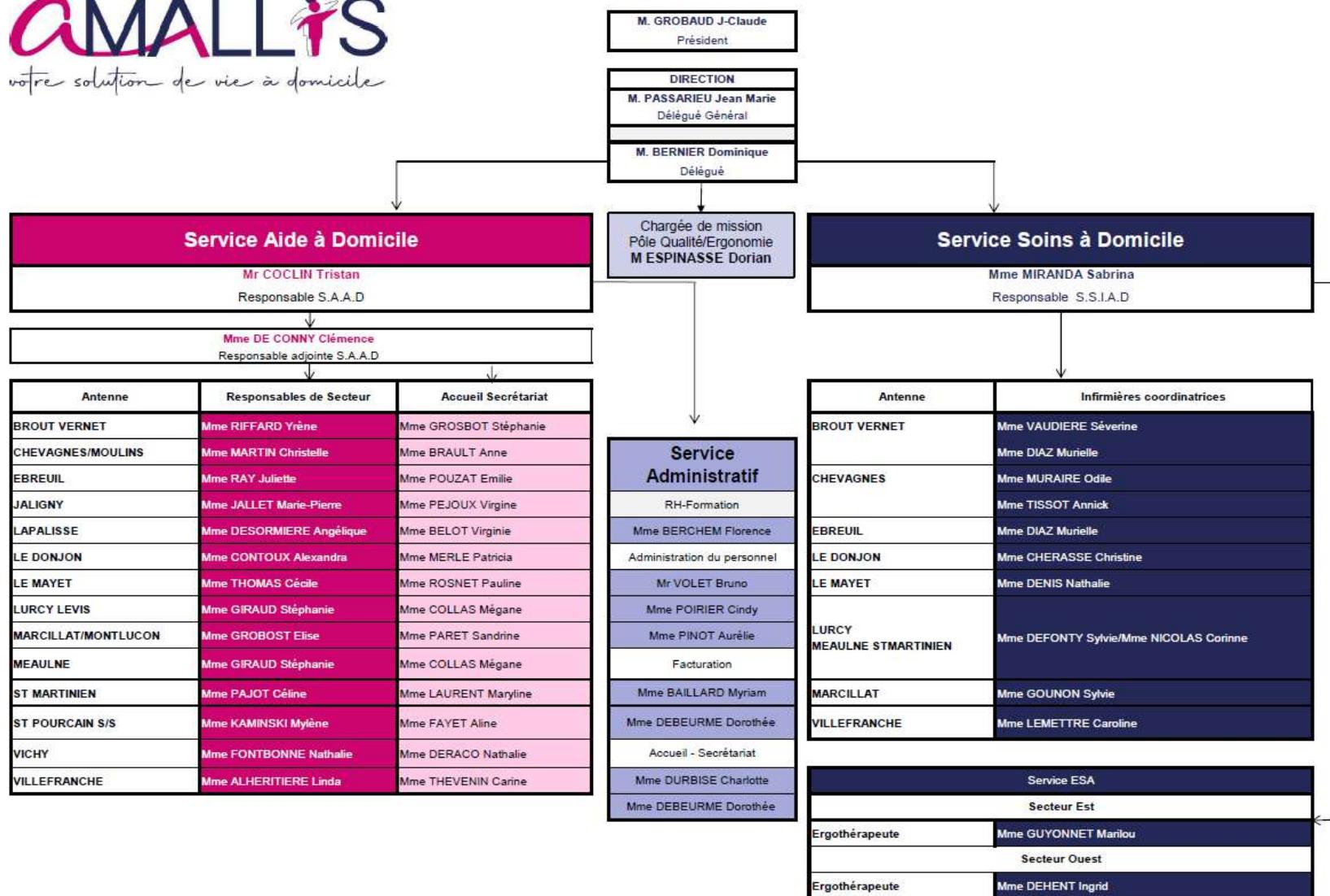
ANNEXE 2 : DÉCOUPAGE GÉOGRAPHIQUE DE L'ÉQUIPE SPÉCIALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT

Secteurs Alzheimer



27.02.18

ANNEXE 3 : L'ORGANIGRAMME D'AMALLIS



mise à jour le 20/07/2021

ANNEXE 4 : CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 3II-4 du code de l'action sociale et des familles, est un des sept nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

Article 1 - Principe de non discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 - Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1^e) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2^e) le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3^e) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 - Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement, doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse, prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 - Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 - Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée. Il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 - Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 - Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 - Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.